

**Erhebungsbogen**  
**zur Anerkennung als staatlich anerkannte Schule**  
**für Logopäden**  
gem. § 4 LogG (BGBI. I S. 529)

**Name der Schule** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

**Tel.** \_\_\_\_\_

**Fax** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

**Home-Page** \_\_\_\_\_

**Name des Trägers** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

Handels-/Vereinsregisterauszug

(ersatzweise Gesellschaftsvertrag oder Satzung)

Anlage 1

**Schülerzahl pro Lehrgang** \_\_\_\_\_

**Lehrgangszahl pro Jahr** \_\_\_\_\_

**Regelmäßiger Lehrgangsbeginn (Monat)** \_\_\_\_\_

**Erstmaliger Lehrgangsbeginn (Monat/Jahr)** \_\_\_\_\_

Angebunden an eine Klinik mit einer ärztlich besetzten  
Phoniatrie und Pädaudiologie

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Die praktische Ausbildung gem. Anlage 2 zu § 1 Abs. 1 der  
LogAPrO wird an folgenden Einrichtungen in Kooperation  
durchgeführt: \_\_\_\_\_

Kooperationsverträge (für jede Einrichtung)

Anlage 2

### Leitung der Schule

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_

Pädagogische Qualifikation / Zusatzausbildung [ ]

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit [ ]

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit [ ]

Berufserlaubnis, Lebenslauf, Zeugnisse, Arbeitsvertrag

Anlage 3

### Stellvertretende Leitung der Schule

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_

Pädagogische Qualifikation / Zusatzausbildung [ ]

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit [ ]

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit [ ]

Berufserlaubnis, Lebenslauf, Zeugnisse, Arbeitsvertrag

Anlage 4

**Hauptamtliche Lehrkräfte**

(Mindestens eine hauptamtliche (vollbeschäftigte)  
Unterrichtskraft pro 6-8 SchülerInnen/Kurs!)

Anlagemuster

Anlage 5

**Nebenamtliche Dozenten**

(mit beruflicher Qualifikation für das Fach, das Sie lehren!)

Anlagemuster

Anlage 6

**Praxisanleiter**

(Einer je SchülerIn für die praktische Ausbildung in den klinischen  
Einrichtungen und Praxen)

Anlagemuster

Anlage 7

**Stundenverteilungsplan, Lehrgangsplan, Curriculum**

(Gem. Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 der LogAPrO)

Anlagemuster

Anlage 8

**Übersichtspläne für die praktische Ausbildung in den  
Kliniken/Praxen**

(Gem. Anlage 2 zu § 1 Abs. 1 der LogAPrO)

Anlagemuster

Anlage 9

Räumliche und sächliche Ausstattung der Schule

(Raumpläne 1:100 mit genauer Raumbezeichnung)

Anlage 10

Anzahl der Klassenräume \_\_\_\_\_  
 Größe \_\_\_\_\_ qm  
 Möblierung, Ausstattung \_\_\_\_\_

Lehrerzimmer  
 Größe \_\_\_\_\_ qm  
 Möblierung, Ausstattung \_\_\_\_\_

Anzahl der Dozenten/Lehrerbüros \_\_\_\_\_  
 Größe \_\_\_\_\_ qm  
 Möblierung, Ausstattung \_\_\_\_\_

Sekretariat  
 Größe \_\_\_\_\_ qm  
 Möblierung, Ausstattung \_\_\_\_\_

Bibliothek [ ]

Medienraum [ ]

Archiv/Lagerraum [ ]

Teeküche [ ]

Aufenthaltsräume [ ]

Toilettenräume (geschlechtsgetrennt) [ ]

Therapieräume

(für die praktisch-therapeutische Ausbildung am Patienten sowie Kleingruppenunterricht)

Raum für Stimmbildung und Spracherziehung [ ]

Raum für Audiometrie [ ]

Wartezimmer für Patienten [ ]

weitere Räume [ ]

Sächliche Ausstattung

Overheadprojektor	[ ]
Epidiaskop	[ ]
Filmprojektor	[ ]
Diaprojektor	[ ]
Videoanlage mit Kamera	[ ]
Monitor	[ ]
EDV-Anlage mit Internetzugang	[ ]
Fotokopierer	[ ]

Fachspezifisches Unterrichtsmaterial

Lehrbücher, Zeitschriften, Nachschlagewerke	[ ]
Klavier	[ ]
PC für computergestützte Therapie	[ ]
Techn. Hilfsmittel für Diagnostik und Therapie	[ ]
Wandtafeln und Dias	[ ]
Testbatterien	[ ]

Die sachliche Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

Für den Träger der Schule

---

Ort, Datum

Unterschrift

Leitung der Schule

---

Ort, Datum

Unterschrift

## **Handels-/Vereinsregisterauszug**

(ersatzweise Gesellschaftsvertrag oder Satzung)

**Kooperations-Klinik/Praxis****Name** \_\_\_\_\_**Anschrift** \_\_\_\_\_**Bereich** \_\_\_\_\_

(Kooperationsverträge beilegen!)



## **Leitung der Schule**

**Berufserlaubnis**

**Lebenslauf**

**Zeugnisse**

**Arbeitsvertrag**

## **Stellvertretende Leitung der Schule**

**Berufserlaubnis**

**Lebenslauf**

**Zeugnisse**

**Arbeitsvertrag**

## Hauptamtliche Lehrkräfte

Name, Vorname	Berufs- bezeichnung	Pädagogische Qualifikation/ Zusatz- ausbildung	Fort-/ Weiterbildung

(Berufserlaubnisse, Zeugnisse, Arbeitsverträge beilegen!)

**Nebenamtliche Dozenten**

Name, Vorname	Berufs- bezeichnung, Qualifikation	Pädagogische Zusatz- ausbildung/ Qualifikation	Fort-/ Weiterbildung

(Berufserlaubnisse für das Fach, das sie lehren und  
Dozentenverträge beilegen!)

## Praktikumsanleiter

Name, Vorname	Berufs- bezeichnung, Qualifikation	Klinische Einrichtung/Praxis Bereich

(Berufserlaubnisse beilegen)

## Stundenverteilungsplan, Lehrgangsplan, Curriculum

Fach/Thema	Dozent	Stundenzahl Soll / Ist
1 Berufskunde		
2 Anatomie und Physiologie		
3 Pathologie		
4 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde		
usw.		

(Curriculum, Lehrgangs-, Wochenstundenplan beilegen)

## Übersichtspläne für die praktische Ausbildung in den klinischen Einrichtungen/Praxen

Schüler Nr.: \_\_\_\_\_

Klinik/Praxis	Schwerpunkt	Stundenzahl	Zeitraum von...bis...

(Schülerrotationsplan für Praktikum beilegen)

## **Raum-/Lageplan**

**1:100 mit genauer Raum-/Lagebezeichnung**

**(Bei separaten Unterrichtsgebäuden bitte Lageplan beifügen)**